Ospedale Maggiore di San Giovanni Battista
e della Città di Torino
Sezione Chirurgica diretta dal Prof. G. SERAFINI

Comunicazione al XXI Congresso di Ortopedia - Roma - Ottobre 1930

La resezione articolare nella cura delle tubercolosi chirurgiche delle grandi articolazioni

Estratto dagli Atti del XXI Congresso della Società Italiana di Ortopedia — Roma, 11 - 12 Ottobre 1930 (VIII)

CASA EDITRICE A. MILESI & FIGLI
MILANO - VIA CAMPO LODIGIANO, 3

Ospedale Maggiore di San Giovanni Battista
e della Città di Torino
Sezione Chirurgica diretta dal Prof. G. SERAFINI

Comunicazione al XXI Congresso di Ortopedia - Roma - Ottobre 1930

La resezione articolare nella cura delle tubercolosi chirurgiche delle grandi articolazioni

Dott. ATTILIO ODASSO - Torino

La resezione delle grandi articolazioni affette da gravi tubercolosi chirurgiche, ci diede sempre risultati anatomici e funzionali ottimi sia immediati che a distanza dell'intervento.

Mi riferisco a 50 resezioni (34 del ginocchio, 10 del gomito, 6 del polso) praticate nella Sezione chirurgica diretta dal Prof. G. Serafini.

Gli ammalati vennero minutamente studiati e seguiti sino a questi ultimi tempi, si fece largo impiego di radiografie prima e lontano dell'atto operativo e si fotografarono i casi più dimostrativi.

L'indicazione all'intervento fu sempre data dalla cronicità e gravità della malattia e assai di frequente l'atto operativo venne reclamato con insistenza dagli stessi pazienti stanchi e delusi dalle lunghe cure e preoccupati dalle troppo frequenti e sempre più gravi ricadute.

Importanza capitale, perchè la resezione raggiungesse il suo scopo in modo sicuro, rapido e definitivo, si diede ognora alla correttezza dell'atto operativo, il quale consistette sempre, con la più grande esattezza e con una certa generosità, nell'asportazione in massa di tutte le parti malate, capsulari, sinoviali, ossee, peritendine, periascessuali, nello stesso modo con cui si procede alla exeresi ampia e minuta di un tumore maligno.

Non si ebbe nessun decesso nè operatorio, nè posteoperatorio, nè si verificarono complicanze immediate o lontane con meningiti tubercolari e con tubercolosi miliari.

RESEZIONI DEL GINOCCHIO.

Si praticarono 34 resezioni di cui 5 in ragazzi dai 7 ai 14 anni, 5 in adolescenti dai 15 ai 20 anni e 24 in adulti dai 21 ai 46 anni.

Nei ragazzi e negli adolescenti l'indicazione all'intervento fu data, dalla

cronicità e dalla stazionarietà della malattia, da inguaribili tragitti fistolosi, infine da angolari o da flessioni difettose e dolenti dell'articolazione.

Nell'esecuzione dell'atto operativo si diede la preferenza alle artrectomie osteosinoviali o artrectomie-resezioni, avendo sempre particolare riguardo di conservare in tutti i modi ed a tutti i costi le cartilagini epifisarie.

Su dieci operati si ebbero dieci guarigioni per prima intenzione: tutti furono in grado di camminare da 4 a 6 mesi dopo l'atto operativo: in un caso si ebbe localizzazione tubercolare a distanza di un anno al gomito destro; in un operato si notò comparsa di un genu-valgo sei mesi dopo l'atto operativo.

I tanto deprecati accorciamenti inerenti all'età della crescita si mantennero in limiti assai modesti.

Negli adulti l'inizio della malattia risaliva in media da tre a sette anni prima, in due osservazioni a dieci anni, in una a 16 anni.

Esiti delle lesioni sofferte e delle cure praticate erano ora articolazioni tumefatte e dolenti, ora anchilosi rettilinee fibrose od ossee angolari con o senza sublussazioni della tibia, ora ancora ginocchi valghi. In una osservazione era presente una fistola secernente, in un'altra si trattava di recidiva di resezione operata in altro ospedale con voluminoso ascesso freddo.

L'esame radiografico sistematicamente praticato ci diede in genere dati abbastanza precisi sulla sede e sulla estensione delle lesioni: in alcuni pazienti pur tuttavia piccoli focolai tubercolari furono messi in evidenza all'atto operativo, mentre le radiografie non rilevavano che una notevole decalcificazione dell'epifisi. In alcune osservazioni in cui la radiografia fa vedere semplici riduzioni dell'interlinea articolare si trovò all'intervento uno sviluppo davvero enorme di fungosità esuberanti tappezzanti ogni recesso della sinoviale, tale da renderci persuasi come anche queste forme possano ottenere la rapida guarigione solo da un intervento chirurgico.

Le resezioni praticate furono sempre intraarticolari; benda di Esmarch alla radice dell'arto, asepsi rigorissima, ampia protezione del campo durante l'atto operativo. Incisione cutanea arcuata alla Textor, apertura ampia dell'articolazione attraverso il legamento rotuleo, flessione progressiva del ginocchio, escissione accurata del recesso superiore della sinoviale ;asportazione dei legamenti laterali e degli avanzi della capsula, toeletta della fossa intercotiloidea e della parete poplitea della capsula. Resezione della faccia articolazione della rotula ed in un solo caso estirpazione totale di essa. Sezione a superficie convessa del femore e concava della tibia. Legatura non abituale dell'arteria media del ginocchio.

Impregnazione delle parti con glicerina all'iodioformio al 10 % e ricostruzione di un piano fibroso attorno al ginocchio. Piccolissimi zaffi di garza agli angoli laterali della ferita: sutura della cute catgut. Bendaggio gessato dal piede al bacino. Dopo circa 20 giorni si rimuove il bendaggio, si tolgono gli zaffi, si rinnova la medicazione e si pratica un grande bendaggio gessato che viene tenuto in sito circa 60 giorni. In genere dopo circa

tre mesi, constatata con l'esame clinico e con l'indagine radiografica, la venuta consolidazione ossea si permette agli operati di camminare muniti di un apparecchio protesico.

Si ebbero sempre guarigioni per prima intenzione, in un solo caso si ebbe una emorragia discreta il giorno stesso dell'intervento che cedette però ai comuni emostatici ed a un bendaggio compressivo e che rimase senza conseguenze sugli ottimi esiti definitivi; in un'osservazione di tubercolosi gravissima fistoleggiante si ebbe una tubercolizzazione della ferita cutanea, la quale tuttavia non impedì la rapida consolidazione ossea e la guarigione definitiva; in un solo caso di anchilosi angolare per tubercolosi curata incruentemente per 18 anni con accorciamento di 9 cm. e lussazione posteriore della tibia pure essendosi ottenuta una guarigione per prima intenzione, il ritardo notevole di consolidazione dei monconi resecati obbligò in secondo tempo a procedere all'amputazione dell'arto, non per recidiva sui monconi di amputazione ma per la formazione di una pseudoartrosi a cui il paziente stanco di lunghi anni di cura non volle adattarsi.

La ripresa del lavoro avvenne in media da 4 a 6 mesi dopo l'intervento con gambaletto ortopedico che viene abolito dopo un anno.

Riveduti gli ammalati a distanza da 2 a 9 anni dall'intervento tutti godono ottima salute, molti sono veramente rifioriti nello stato generale: molti hanno ripreso le loro primitive occupazioni di operai: contadini, camerieri: due di essi sono ritornati a fare i macchinisti ferroviari; tutti sono concordi nel volere rialzi minimi o nulli nelle scarpe, preferendo un arto più corto per evitare di falciare marciando.

L'accorciamento fu variabile da 3 a 5 cm. in grande parte compensato da inclinazione del bacino e da lieve scoliosi dorsolombare. Non si verificarono fenomeni dolorosi nè alterazioni radiografiche a carico dell'anca.

Il ginocchio è in genere in lievissima flessione, il piede alquanto cavo, ma flessibile; l'atrofia muscolare è più spiccata alla coscia che al polpaccio. La radiografia dei ginocchi resecati mostra in genere poche gittate fibrose od ossee e quasi sempre un vero fuso osseo che sembra di un solo pezzo. Le radiografie laterali fanno vedere talora un leggero scivolamento posteriore della tibia e della fibula.

Concludendo su 34 operati (pur avendo avuto una nuova localizzazione al gomito, un genu-valgo, una tubercolizzazione della ferita, incidenti a cui si potè mettere riparo) si ebbe una sola amputazione in caso di gravissima ed inveterata anchilosi angolare. E ripeto l'amputazione reclamata dal paziente fu giustificata non da una recidiva della lesione specifica, ma da distrofia delle superfici cruenti del femore e della tibia per cui la saldatura anche dopo la resezione non si manifestava.

Si ottennero 33 guarigioni definitive con accorciamenti da 3 a 5 cm. con ripresa tempestiva del lavoro, con solidissime anchilosi e con rapido ripristino di buone condizioni generali.

RESEZIONI DEL GOMITO.

Si intervenne in 10 malati, 6 maschi e 4 femmine, dai 21 ai 64 anni: l'inizio della malattia risaliva da due a quattro anni prima ed in un pziente a 10 anni. In 3 osservazioni erano presenti tragitti fistolosi in 2 ascessi freddi. Le radiografie che presento dimostrarono sempre estese erosioni ossee sull'olecrano e sul capo omerale.

Nell'esecuzione dell'atto operativo, applicata la benda di Esmarch si diede la preferenza all'incisione cutanea longitudinale posteriore omero-olecranica secondo Langenbeck: lussazione e sezione dell'omero e poi del radio e dell'ulna: asportazione accuratissima di tutte le fungosità e di tutti i tessuti sospetti con particolare riguardo al cul di sacco olecranico, coronoideo, e della sinoviale che circonda la testa del radio. Impregnazione dei tessuti con glicerina all'iodioformio al 10 per cento. Sutura in due piani in catgut. Gomito ad angolo retto o leggermente acuto. Bendaggio gessato rinnovato dopo 20 giorni e sostituito dopo due mesi da un tutore di cuoio.

Tutti gli operati guarirono per prima intenzione.

Si ebbero come risultati definitivi: tre anchilosi ad angolo retto, due guarigioni con movimenti quasi completamente conservati, un caso con flessione 80° ed estensione normale, quattro operati con estensione variabile dai 130° ai 140° e con flessione sino a 90°. Nessuna articolazione ciondolante. Operati in periodi dai 9 ai 10 anni or sono, tutti godono buona salute ed attendono alle loro abituali occupazioni: cameriere, contadini, meccanici: uno lavora alla « Fiat » adoperando il pesante maglio elettrico, uno di essi solleva a braccio esteso 15 Kg.

RESEZIONE DEL POLSO.

Sono 6 osservazioni diligentemente studiate e seguite dal collega professor FERRERO, aiuto della della Sezione Prof. Serafini, in due femmine e quattro maschi dai 22 ai 46 anni. Si tratta di gravissime artrosinoviti del polso complicate in tre casi da tragitti fistolosi. In due osservazioni venne seguito il metodo dorso ulnare di Kocher; in 4 il metodo di Langenbeck con incisione dorso-radiale.

Trattandosi di forme molto avanzate si dovette procedere ad ampie resezioni estese dai capi articolari del radio e del cubito alle basi dei metacarpi; potè sempre essere conservata la base del primo metacarpo, l'osso pisiforme, l'uncino dell'osso uncinato ed il trapezio, tranne nel secondo caso.

Si praticò sempre un'accurata toeletta delle guaine degli estensori prima di procedere alla resezione.

Bendaggio gessato con mano in leggera iperestensione. In ventesima giornata medicazione a piatto. Bendaggio gessato per altri due mesi e poi apparecchio ortopedico amovibile dalla radice delle dita a quattro dita trasverse sopra la nuova linea articolare. Bagni caldi e massaggi. Guarigione da 4 a 6 mesi dell'intervento. In un solo caso recidiva di un piccolo focolaio sull'ulna che venne resecata e guarì e tale si mantiene a distanza di 5 anni.

Riveduti recentemente tutti gli operati godono buona salute; nè più ebbero recidive locali.

La mano in genere è alquanto deviata verso il lato cubitale, un po' cava.

L'angolo di escursione utile per i movimenti di flessione — estensione va da un massimo di 120° ad un minimo di 60° — contro 140° circa del lato sano.

L'angolo di escursione per i movimenti di adduzione e di abduzione varia da u nminimo di 38° ad un massimo di 47° contro 52° del lato sano.

I movimenti di pronazione e di supinazione sono possibili in ogni caso, pur essendo alquanto ridotti.

Nelle *dita* la flessione e l'estensio sono pressochè normali nelle articolazioni interfalangee, mentre è minima la flessione attiva tra i metacarpi e la 1ª falange.

Il movimento di opposizione del pollice con la punta delle dita è possibile in ogni caso.

La forza di prensione è molto diminuita e misurata col dinamometro raggiunge 130°.

Ciò non esclude che la capacità e la forza della mano siano notevoli, tantochè tutti i pazienti sono ritornati alle loro primitive occupazioni anche faticose (contadini, minatori).

CONCLUSIONI.

Ci pare di poter affermare che la cura conservativa ad oltranza delle tubercolosi gravi del ginocchio, del gomito e del polso non è giustificata e che la formula semplicista abituale « trattamento conservatore per i bambini e per gli adolescenti, resezione per gli adulti, amputazione per i vecchi » può ragionevolmente essere riveduta e discussa.

Non solo gli adulti ma anche i vecchi in buone condizioni generali e i bambini con gravi artriti osteo-sinoviali, *non migliorati con altri metodi terapeutici*, possono largamente beneficiare della resezione articolare, quando questa venga opportunamente praticata e razionalmente e radicalmente eseguita, come del resto già l'Oliva insegnava.

La soppressione sicura e completa di tutte le lesioni tubercolari, la scomparsa del dolore, la prevenzione delle recidive locali, la rapidità della guarigione, l'esito in solide anchilosi per il ginocchio ed in neo-artrosi funzionalmente valide per il gomito e per il polso, la benefica influenza sulle condizioni generali, fanno della resezione articolare un'arma mirabile nelle mani del chirurgo, il quale deve sapersene valere con giudizioso criterio, ma con piena fiducia e con sicurezza di ottimi risultati definitivi.

A conferma dei risultati sovraesposti, ottenuti dalla tecnica del mio Primario Prof. Serafini, presento all'osservazione di questa illustre Assemblea numerosi documenti radiogfirafici e fotografici (oltre un centinaio).